

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931 - 1932 - N° 92

Essai sur la cytologie des bulles dans la maladie de Dühring-Brocq

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 3 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Charles VERNÈDE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 28 Janvier 1906, à St-Chinian (Hérault)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE

LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

LYON

1931

**Essai sur la cytologie des bulles
dans la maladie de Dühring-Brocq**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931 - 1932 — N° 92

Essai sur la cytologie des bulles dans la maladie de Dühring-Brocq

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 3 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Charles VERNÈDE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 28 Janvier 1906, à St-Chinian (Hérault)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
LYON

1931

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.	PAVIOI
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique.	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONI
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	LERICHE.
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée, et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	X
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	WERTHEIMER	CIBERT
RHENTER	DUMAS	GATE	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	POLLOSSON	REBATTU Ch
	MARTIN (J.)		

EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. NICOLAS, *Président* ; FAVRE, *Assesseur*
MM. DUMAS et GATÉ, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MA GRAND' MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

En le priant d'accepter nos respectueux remerciements pour l'insigne honneur qu'il nous fit en acceptant la présidence de notre thèse. Et en témoignage de reconnaissance pour le délicat accueil qu'il nous réserva toujours dans son service.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARGAROT

Témoignage d'admiration respectueuse d'un élève à son premier maître et de reconnaissance émue pour tout ce qu'il fit pour nous.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GIRAUD

En gage de notre reconnaissance infinie pour nous avoir enseigné, dans une circonstance pénible de l'existence de tous les nôtres, le côté le plus beau du métier qu'il nous a fait aimer.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATÉ

Pour la façon si délicate et si cordiale à la fois avec laquelle il nous documenta au sujet de notre travail.

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT MEERSSEMAN

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Pour l'accueil bienveillant qu'il nous réserva dans son service et dans son laboratoire.

AUX MEMBRES DE MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER ET DES HÔPITAUX MIXTES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
ET DES HÔPITAUX MILITAIRES DE LYON

Avant-Propos

Nous sommes douloureusement frappé par le martyre que subit depuis juillet 1928 l'un de nos êtres chers.

Nous aurions manqué à notre devoir filial en ne consacrant pas notre activité à l'étude de sa maladie, dont aucun des spécialistes des affections de la peau, qu'il a consultés, n'a pu le soulager.

Aussi nous sommes-nous adressés à notre maître, M. le Professeur Nicolas, pour lui demander de vouloir bien nous confier un travail sur la maladie de Dühring-Brocq.

Avec une bonne grâce et une amabilité dont nous lui gardons une profonde reconnaissance, notre maître accéda à ce désir, en nous avertissant, cependant, de la somme de travaux qui avaient été publiés sur la dermatite herpétiforme.

Et pour mieux encadrer notre activité, il nous conseilla de restreindre notre champ d'investigation aux seules études qui aient été faites sur le liquide des bulles. Notre maître nous engageait également à effectuer quelques recherches personnelles, que la rareté des cas que nous pûmes observer durant l'année 1931 ne

nous a pas permis de multiplier, et où notre inexpérience aurait été mise en défaut.

Mais nous eûmes le bonheur de nous adresser à l'un de nos maîtres militaires dont l'accueil bienveillant qu'il nous réserva dans son service de l'Hôpital Desgenettes nous encouragea à lui demander l'accès du laboratoire de bactériologie de l'Ecole du Service de Santé militaire.

M. le Médecin-Commandant Meersseman, professeur agrégé du Val-de-Grâce, nous ouvrit toutes grandes les portes de ce laboratoire dont il est le directeur.

Nous pûmes ainsi effectuer nos colorations et nos recherches. Nous fûmes précieusement aidé dans notre travail grâce à l'affectueuse obligeance de M. le Médecin-Capitaine Friess qui nous prodigua ses conseils et nous indiqua ses techniques. Par son aide, les notions d'hématologie que nous avions reçues au début de nos études médicales furent rajeunies et se précisèrent.

Nous sommes heureux d'avoir, publiquement, l'occasion de remercier nos deux maîtres militaires, qui nous permirent de mener au mieux la tâche que nous nous étions imposée.

Nous devons aussi remercier notre maître, M. le Professeur agrégé Gaté qui nous donna, avec une cordiale amabilité qui nous conquist tout de suite, tous les renseignements qu'il lui fut possible de mettre à notre disposition. Nous tenons de lui 3 observations qui furent pour nous de précieux documents.

Nous eûmes à nous féliciter d'avoir exposé le but

de nos recherches à M. le Docteur Rousset. Il nous indiqua les travaux à la publication desquels il avait pris part, en collaboration avec MM. Nicolas et R. Froment et nous conseilla sa méthode de coloration. Ses deux observations sont le point de départ de notre travail.

Nous le remercions également d'avoir bien voulu nous conseiller et nous aider dans la rédaction de ce travail.

Nous avons établi notre plan de la façon suivante : Dans un premier chapitre nous avons traité la question de la cytologie du liquide de bulles dans la maladie de Dühring-Brocq au point de vue historique.

Une deuxième partie nous a permis d'étudier rapidement le liquide de la bulle dans sa morphologie.

Ensuite nous nous sommes occupés de la cytologie du liquide d'après les résultats obtenus par nos maîtres, un auteur marseillais et nous-même.

Puis nous avons donné les observations relatives à ces recherches.

Enfin, nous avons essayé de tirer de notre travail les conclusions qui nous ont paru en découler naturellement.

Introduction

« ...même dans les bonnes formes,
l'existence du malade est un supplice. »

(GATÉ. *Dermatologie*, p. 244.)

Le douloureux calvaire, tant physique que moral, que subit, pendant de longues années, le malade atteint de dermatite polymorphe douloureuse récidivante, nous a poussé à consacrer notre travail inaugural de thèse, à l'étude de cette maladie.

La faiblesse de nos moyens ne nous aura, hélas ! pas permis, et nous le déplorons, d'étayer de quelque observation neuve les résultats encore incomplets que de nombreux chercheurs ont réunis sur la maladie de Dühring-Brocq.

Mais nous avons essayé de tout notre cœur de trouver une atténuation au martyre que la dermatite bulleuse polymorphe dont nous nous occupons fait subir à l'être infortuné qui en est la victime.

Il suffit d'avoir assisté une fois à ces crises soulaines de prurit intense qui s'acharnent rageusement sur le malade, soit au niveau des régions où apparaîtront, dans quelques heures ou quelques jours des

vésicules et des bulles, soit indistinctement sur toute partie du corps qui aura été exposée à la chaleur des draps ou à leur simple contact, pour être bouleversé !

Il faut avoir vu une fois les pansements énormes, collés au corps par le liquide albumineux poisseux qui coule de façon presque discontinue des vésicules crevées, pour avoir une idée de la misère physiologique dans laquelle est tombé celui qu'on a connu vivant, enjoué et d'humeur souvent fort agréable, et qui a peine à se retrouver lui-même, à se reconnaître !

Et pour éviter les frottements de ses vêtements, pour être plus à l'aise dans la carapace de gazes empesées qui l'entourent, le lit, quoiqu'on ait pu dire de cette maladie qui « respecte admirablement l'état général », devient le lieu d'existence obligatoire du patient.

Non que, d'emblée il faille faire coucher le malade qui s'use et se fatigue pourtant par l'atteinte d'un moral qui a peine à surmonter les durs à-coups que provoque en lui l'aspect de son état physique !

Mais vous voyez d'ici la pénible alternative dans laquelle se trouve ce malade qui possède encore la force de se lever et de marcher, et qui se voit condamné à passer une partie de son existence, dans une position qui devient rapidement pénible, décevante et démoralisante, pour le seul respect de ces lésions où le moindre contact souvent ravive la douleur.

Cette arrivée d'une maladie qui s'insinue lentement et s'installe pour des années peut-être, réduit à l'inertie tel homme que l'âge n'avait pas vaincu ; telle femme qui n'avait pas été abattue par une grossesse labo-

rieuse ; tel adolescent dont la musculature cependant intacte, ne peut lui permettre d'assurer son travail ; tel enfant dont le corps est devenu une plaie vivante.

« Si la Dermatite de Dühring mérite d'être déclarée grave, c'est plus par sa longue durée, par les souffrances qu'elle occasionne, par l'interruption qu'elle impose à la vie sociale que par l'atteinte qu'elle porte aux fonctions vitales. » Darier, *Précis de Dermatologie*, 3^e édition, p. 209.

En effet, cette terrible affection sait respecter intégralement les facultés intellectuelles du patient, pour lui permettre de sentir lentement sa patience le quitter et sa volonté faillir, dans la contemplation de l'horrible résultat d'usure continue que ce pemphigus chronique, qu'on a pu qualifier de bénin, a provoqué.

Sa patience le fuit, sa volonté vacille, parce qu'il voit encore les efforts impuissants, les tentatives aussi nombreuses qu'infructueuses que les plus remarquables maîtres de la science proposent pour juguler le mal. Et si, parfois, heureusement, les médications les plus inattendues sont suivies de guérison, sans assurer pourtant l'impunité d'une récurrence, trop souvent les plus subtiles combinaisons restent inopérantes, et laissent leurs auteurs s'épuiser et tenter vainement, d'expliquer une énigme angoissante et insoluble.

Encore si, pour expliquer son mal, à l'image du viveur qu'un accès de goutte terrasse, le malade, atteint de dermatite douloureuse herpétiforme, pouvait accuser son intempérance passée ou une faiblesse de constitution qui le prédisposent à devenir un musée pathologique !... Mais rien chez lui ne peut encore

expliquer sa misère : Quel que soit son âge, son milieu, sa façon de vivre, quelque robuste que puisse paraître sa santé, aucune des caractéristiques de son existence ne peuvent lui donner la cause de la maladie qui l'afflige. Au près de lui, celui qui met toute sa science et son dévouement à essayer de le soulager n'est pas moins désarmé.

Ainsi, la maladie de Dühring-Brocq se présente-t-elle avec un caractère redoutable tant par sa chronicité et par le prurit qui l'accompagne, que par l'impuissance où l'on se trouve d'en régler, l'évolution et le traitement.

Bien des tentatives ont été proposées pour résoudre les problèmes confus de l'étiologie, de la pathogénie et de la thérapeutique. Il ne nous appartient pas de les juger, mais l'enseignement que nous avons reçu de nos maîtres nous a bien fait saisir l'énorme part d'hypothèse qui préside à tous les tâtonnements qu'on effectue encore.

Et si l'avenir prochain nous apparaît chargé d'heureuses promesses, actuellement, pour le soulagement des malheureuses victimes de la maladie de Dühring-Brocq, rien de net n'a, encore, été trouvé.

Historique

Malgré tout ce qui a été écrit sur la maladie de Dühring-Brocq on trouve peu d'ouvrages se rapportant à l'étude du liquide des bulles.

Cependant, de tout temps, les auteurs ont été frappés par ces éruptions vésico-bulleuses qui se produisaient à propos, soit d'irritations locales (brûlures, frictions avec des liquides ou des feuilles irritantes, action du froid) ; soit de maladies générales et qui se traduisent par l'apparition de phlyctènes « semblables aux ampoules qui fait naître sur la peau l'application de l'eau bouillante » (Monographie du pemphigus de Stanislas Gilibert, 1813). « C'est ce caractère distinctif, ajoute Gilibert, qui lui a fait donner le nom de pemphigus, mot tiré du grec, de *πεμφις* (pemphix), bulle... ».

« La plupart des auteurs qui ont parlé du pemphigus s'accordent à dire qu'il est extrêmement rare ; plusieurs avouent ne l'avoir jamais vu. » (id. p. 2).

Cependant Hippocrate, dans le premier paragraphe du second livre des Epidémies, parle d'une maladie bulleuse douloureuse : « A Cranon, dit-il, pendant les chaleurs, il y eut des pluies abondantes et continues,

surtout par le vent du midi ; il se formait alors dans la peau des humeurs qui, renfermées, s'échauffaient et causaient du prurit ; puis s'élevaient des phlyctènes semblables aux bulles produites par le feu et les malades éprouvaient une sensation de brûlure sous la peau. » (*Dict. Encycl. des Sc. Médicales*, tome 74, page 411, article Pemphigus).

De même, ce que disent* Celse sur certains exanthèmes ; Aetius, Paul d'Egine, Avicenne, sur les phlyctènes, et Rasés sur l'ignis persicus que Gilbert identifie (id., p. 268) aux exanthèmes vésiculaires décrits sous le nom de phlyctènes par Fernel, Sennert, Musitan, Forestus, etc..., prouve que les dermatites bulleuses étaient connues depuis longtemps.

Dans sa description du liquide des bulles, que nous retrouverons dans le 1^{er} des 2 chapitres relatifs à l'anatomie pathologique, Gilbert peint, au sujet de sa maladie vésiculaire, un tableau qui est assez précis au point de vue physique, et il est permis de regretter que d'aussi bons observateurs n'aient pas pu se doubler d'hommes de laboratoire.

L'article Pemphigus du Dictionnaire des Sc. Méd., donne à la page 419, d'après les travaux de Wedl et de Renaut, une description beaucoup plus nette du liquide de bulle, où nous voyons intervenir l'usage du microscope.

Lorsque Erlich décrivit pour la première fois, en 1879, les cellules granuleuses éosinophiles qu'il fait naître, avec ses élèves Schwarze (Thèse 1880), Einhort, Westphall dans la moelle des os, l'étude de ces éléments à granulations prit une importance considérable.

Avec Ehrlich, Gollash, Gabritschewsky, Ouskoff, Hayem, Canon, etc., constatèrent, dans le sang normal, une proportion de cellules éosinophiles de 2 à 4 p. 100 du nombre total des leucocytes, et, dans le sang des enfants une proportion considérable et constamment élevée (Rieder, Canon, Zappert).

Dans sa thèse inaugurale (Contribution à l'étude de l'Eosinophilie dans la Maladie de Dühring et dans certaines autres dermatoses, Lyon 1901), Soumaire donne un aperçu des recherches nombreuses qui furent faites sur l'éosinophilie dès 1880, et surtout à partir de 1895 où Leredde et Perrin voulurent prouver aux adversaires de Dühring (auteurs allemands et école de Vienne) l'individualité de la dermatite herpétiforme.

Leredde et Perrin donnaient, comme signe caractéristique de la maladie de Dühring, la coexistence, dans le sang et le liquide des vésicules et des bulles, de cellules acidophiles. Ils accordaient à ce signe une valeur si absolue que l'ayant trouvé dans un cas d'herpes gestationis ils firent de cette affection, la forme gravidique de la maladie de Dühring-Brocq. De même Leredde a trouvé, dans deux cas cités par Gastou (Soc. Fr. de Dermat. : Séance du 18 avril 1895) des cellules éosinophiles dans la sérosité de leurs bulles. Ils appartiennent donc, dit-il, à la dermatite de Dühring. Des cas aigus d'érythème polymorphe ayant présenté de l'éosinophilie lui permirent de déclarer qu'il était en présence de cas aigus de maladie de Dühring.

On a, depuis, rattaché l'herpes gestationis à la dermatite herpétiforme. W. Dubreuilh dit : « Il est une variété de la dermatite herpétiforme, caractérisée par

le fait qu'elle survient chez les femmes enceintes ou parfois récemment accouchées, sans présenter du reste aucune autre particularité clinique ; elle a été décrite sous le nom d'herpes gestationis par Milton et Bulkley » (*Précis de dermatologie*, 1899, p. 164) ; Darier pense que l'herpes gestationis est un « proche parent, sinon une variété » de la dermatite de Dühring (*Précis de Derm.*, p. 212) « n'ayant que ce caractère spécial, qu'elle se développe au cours d'une grossesse, du 3^e au 6^e mois, ou quelquefois après l'accouchement. »

M. Gaté (*Dermat.*, p. 244) a la même opinion : « Il ne s'agit que d'une forme clinique de la maladie de Dühring... qui se voit chez les femmes enceintes et provoque souvent l'avortement. »

Dans la 2^e série de ses Cliniques Dermatologiques, 1924, Brocq, cependant, élaborant une classification, met à part l'herpes gestationis dont on connaît « les conditions étiologiques », et le distingue de la « dermatite polymorphe vraie douloureuse chronique à poussées successives » qui représente vraisemblablement l'ancienne dermatite herpétiforme de Dühring.

De même Darier écrit que, quelquefois, « l'érythème polymorphe bulleux... peut se prolonger... ou récidiver à intervalles variables et à plusieurs reprises. Cette tendance aux rechutes, l'intensité anormale des sensations de prurit et d'ardeur, le rapprochent dans certains cas à tel point de la Dermatite de Dühring, que le diagnostic reste nécessairement hésitant. » (*Précis Derm.*, p. 201). Ailleurs (p. 24) il dit : « Les récédives — dans l'érythème polymorphe — ne sont

pas rares. Brocq en tire argument pour rattacher les cas récidivants, à lésions groupées, accompagnées ou non de phénomènes particulièrement douloureux, aux dermatites douloureuses polymorphes. »

Et, considérant les faits d'érythème polymorphe où il existe de l'éosinophilie, Leredde déclare que l'existence d'éruptions non récidivantes (dermatite polymorphe prurigineuse aiguë) prouvée cliniquement par Brocq, est ainsi corroborée par les lésions anatomiques (Thèse Soumaire, p. 36) qu'il a observées lui-même.

Ainsi il semblerait ressortir des rapprochements que nous venons d'effectuer que le signe de Leredde et Perrin a une réelle valeur.

Mais ces auteurs sont allés plus loin, et ont déclaré que toute dermatite sans éosinophilie n'était pas une maladie de Dühring. Contre les adversaires qui opposaient à l'éosinophilie de la maladie de Dühring, les cas très nombreux de dermatoses où l'on trouve, et dans le liquide des bulles, et dans le sang, des cellules à granulations α d'Ehrlich, Leredde et Perrin disaient : dans aucune maladie on ne trouve les éosinophilies en abondance, dans aucune affection l'éosinophilie n'est constante, dans la lèpre même elle peut manquer, au contraire, dans la dermatose de Dühring, l'éosinophilie est constante.

De plus, à l'examen histologique de bulles d'herpes gestationis, Leredde et Perrin ont constaté dans le derme des amas embryonnaires périvasculaires. A la périphérie de ces amas se voyait un nombre extraordinaire de cellules éosinophiles. Ces éléments sont rares dans la peau. On les trouve dans des altérations

inflammatoires, près des vaisseaux en général, d'où ils ont émigré au même titre que les cellules blanches.

Un deuxième fait, remarquable, c'est la localisation de ces cellules à distance des vaisseaux. — Soumaire : Thèse, p. 25.

Dans ses « Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature des érythèmes et de l'érythème polymorphe en particulier, *Bulletins de la Société anatomique*, 4 avril 1884 », Leloir a communiqué ses résultats que nous retrouverons dans l'atlas du *Traité descriptif des maladies de la peau*, de Leloir et Vidal :

I^{er} cas. — Erythème maculo-papuleux : derme infiltré de leucocytes, manchons de cellules lymphatiques autour des vaisseaux sanguins, de même autour d'une glande sébacée infiltrée de ces cellules. Les cellules migratrices ont envahi le corps muqueux de Malpighi. (Planche XIV).

II^e cas. — Erythème papulo-vésiculeux. Il y a également infiltration du corps de Malpighi et du derme par des cellules lymphatiques. Le corps muqueux est soulevé en masse par un exsudat renfermant des leucocytes. (Planche XIV).

III^e cas. — Bulle de pemphigus aigu (Planche XXXV) : derme rempli de cellules migratrices qui sont surtout abondantes autour des vaisseaux dilatés.

IV^e cas. — Petite phlyctène de pemphigus bulleux chronique (id.) : la bulle, quelque petite qu'elle soit,

est toujours constituée par le clivement et le soulèvement en masse de la totalité ou d'une des parties des couches de l'épiderme. Derme infiltré de cellules embryonnaires.

V^e cas. — Erythème polymorphe bulleux (id.) : Il y a parfois une véritable inflammation du derme. Le tissu cellulaire lui-même peut être envahi (page 305, *Traité descriptif des maladies de la peau*, déjà cité).

Darier (*Dermatologie*, p. 210, 3^e édition) déclare que « les plaques d'érythème sont constituées par de la congestion, avec œdème prononcé et diapédèse abondante dans le corps papillaire. Les cellules éosinophiles y abondent. » « Toutefois, déclare Soumaire, l'auteur a trouvé ces cellules en moins grand nombre que dans le cas de Leredde. »

Des coupes histologiques, pratiquées dans l'épaisseur de l'épiderme où se développait la bulle et dans le derme sous-jacent ont montré à M. le Docteur Mas-sia l'absence d'éosinophilie. Il est important de noter ce fait qui vient corroborer ce que nous allons démontrer tout à l'heure, à savoir que l'éosinophilie est inconstante dans la maladie de Dühring-Brocq.

En vérité, presque tous les auteurs qui ont fait la cytologie du liquide des bulles ou du sang ont trouvé dans la dermatite herpétiforme de l'éosinophilie.

Hallopeau avait bien cherché, en vain, l'éosinophilie dans une vésicule suppurée d'un cas de dermatite présentant, par ailleurs, de nombreux éosinophiles. De même, ses recherches avaient-elles été négatives dans un cas de dermatite pustuleuse (type Hallopeau)

que Leredde identifie avec la dermatite de Dühring. Par suite, Hallopeau niait à l'éosinophilie la valeur pathognomonique que lui attribuaient Leredde et Perrin.

Il n'était d'ailleurs pas seul à rejeter ce signe auquel nombre d'auteurs allemands (Neusser, Zappert, Canon : Thèse de Ligouzat, 1894, etc.) ; anglais (Drysdale : Pathol. Soc. of London, 1898) ; français (E. Gaucher et Raoul Bensaude, janvier 1896) n'accordent qu'une importance relative.

Dans une observation, que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Gaté, et qui a été publiée dans le *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie* (Séance du 20 juin 1929), nous fûmes conduit à l'article du Docteur E. Constantin (Dermatite polymorphe et Pemphigus végétant, *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1907, p. 653). « On a fait grand bruit à un moment donné autour de l'éosinophilie comme moyen de diagnostic dans les hydrodermes. Cette notion introduite par Leredde, en 1895, vient d'être longuement étudiée par Lams, et Constantin adopte ses conclusions .

« Le chiffre des éosinophiles à l'état normal est très variable suivant les individus ; ce qui est éosinophilie pour l'un peut être physiologique pour l'autre. En définitive, « l'éosinophilie ne peut être invoquée comme un critérium de diagnostic différentiel entre diverses maladies cutanées. »

Et cependant certains maîtres actuels accordent une valeur à l'éosinophilie dans le diagnostic de la maladie de Dühring-Brocq. J. Rieux, dans son *Traité d'hématologie clinique*, écrit : « La dermatite

herpétiforme de Dühring tient la première place pour l'intensité de la réaction éosinophilique du sang et des vésicules cutanées. Leredde et Perrin en ont fait une réaction spécifique et un signe pathognomonique, permettant de classer dans une même famille toutes les dermatoses qui la présentaient... Cette thèse a donné lieu à de nombreuses controverses... La maladie de Dühring n'en reste pas moins caractérisée par une éosinophilie sanguine, qui atteint et dépasse 15 p. 100, et une éosinophilie locale qui peut être presque absolue (90 à 95 p. 100). » J. Rieux, *Traité d'hématologie clinique* (2^e édition, 1924).

De même, il nous a, personnellement, été donné d'entendre un de nos maîtres chers, M. le Professeur Margarot, de la Faculté de Montpellier, déclarer, avant de porter nettement un diagnostic sur un cas de maladie de Dühring-Brocq peu typique, vouloir se référer à la formule leucocytaire sanguine.

Le diagnostic, qui visait un membre infortuné de notre famille, se vérifia d'ailleurs, tant par l'éosinophilie qui dépassa 30 p. 100, que par l'évolution qui dure depuis juillet 1928 et l'apparition des lésions caractéristiques.

Si, malgré tout, l'éosinophilie permet quelquefois d'orienter un diagnostic hésitant, il est des cas troublants de maladie de Dühring typique, où, non seulement cette éosinophilie manque absolument, mais où la formule leucocytaire du sang et celle du liquide des bulles met en relief des cellules qu'on ne s'attendait pas à rencontrer: nous voulons parler de la polyglobulie neutrophile et de la polyglobulie basophile.

Les observations que nous apportons sont suggestives à cet égard. On nous objectera peut-être qu'une opinion est d'autant mieux assise que le faisceau des preuves qui la motivent est plus important. Peut-être, dirons-nous, ne s'est-on point assez occupé de la question de l'examen systématique du liquide des bulles; peut-être s'est-on laissé trop influencer par une idée trop généralement admise et n'a-t-on pas tenu assez compte des faits qui infirmaient la valeur du signe de Leredde et Perrin. Et alors nous pourrions peut-être aujourd'hui, apporter de très nombreuses observations à l'appui de notre thèse.

Quoi qu'il en soit, l'attention des auteurs lyonnais, notre maître M. le Professeur Nicolas et ses élèves, MM. le Professeur agrégé Gaté et les Docteurs Rousset et R. Froment, a été attirée par le fait que l'examen cytologique du sang et du liquide des bulles n'a pas consacré la valeur d'un signe qu'il est encore classique de retenir. Leurs résultats sont consignés dans les comptes rendus de sociétés savantes de dermatologie et syphiligraphie d'où nous irons les extraire.

Leurs remarques n'ont pas été uniques puisque M. Diss, de Marseille, vient de publier deux cas sur la cytologie des bulles dans la maladie de Dühring tout à fait remarquables : nous les donnerons in extenso, après les résultats des recherches de nos maîtres.

Nous avons mis tout notre cœur, sinon notre bien timide science, à découvrir, dans les liquides bulleux et sanguin de trois malades du service de M. le Professeur Nicolas, que nous continuerons à suivre, persuadés que nos recherches ne resteront pas toujours

vaines, des exemples vivants infirmant ou confirmant les résultats acquis.

Dépassant alors le cadre où notre titre de thèse semblait nous maintenir, nous avons cherché dans l'état physique du liquide sanguin des résultats permettant de faire quelque lumière sur l'étiologie toujours possible, humorale ou hépatique, de la maladie de Dühring-Brocq. Nous avons recherché la valeur de la résistance globulaire du sang de nos trois malades. Nous l'avons trouvée très légèrement diminuée.

La rentrée récente de deux de nos patients ne nous a pas permis de consacrer beaucoup de temps à nos recherches. De plus notre troisième malade n'est plus en périodes de poussées évolutives vraies. Des séries de résultats, qu'on pourrait alors comparer, seraient nécessaires pour saisir sur le vif les défaillances de l'éosinophilie ou pour noter son apparition et son évolution. Dans ce but, nous allons continuer nos recherches.

Anatomie pathologique

Morphologie

En faisant l'histologie d'une bulle de maladie de Dühring-Brocq les auteurs ont remarqué que « la bulle, quelque petite qu'elle soit, est toujours constituée par le clivement et le soulèvement en masse de la totalité ou d'une des parties des couches de l'épiderme. » (Leloir et Vidal, Atlas, Planche XXXV, déjà cité). Leurs chromolithographies montrent ce clivage dans la couche même de Malpighi, ou par soulèvement complet de cette assise.

Darier donne le dessin d'une coupe histologique de bulle qui, fait-il remarquer, est sous-épidermique (*Dermat.*, p. 210).

Une caractéristique de la maladie de Dühring est l'apparition de ces bulles soit sur base érythémateuse, soit en peau saine. L'érythème et l'inflammation de l'assise et du pourtour de la bulle, se produisent souvent secondairement à l'infection due au grattage, ou à l'ouverture de cette bulle.

Quelles que soient les dimensions de la bulle, qui peut aller de la grosseur d'une lentille au volume d'un

gros œuf de poule, le liquide qu'elle contient peut présenter plusieurs aspects, soient successifs, dans une même bulle, soient simultanés, dans plusieurs bulles différentes.

Cependant, la bulle, à la naissance, contient un liquide citrin et clair qui ne devient pas nécessairement purulent. Par contre il est des bulles dont le contenu est d'emblée hémorragique.

Dans les bulles à contenu clair, le liquide qui « consiste en sérum », dit Dühring, « ressemble parfaitement à la sérosité des vésicatoires. Il est limpide, légèrement coloré en jaune roussâtre, un peu visqueux, ordinairement inodore ; il ne tâche que très faiblement le linge, qui en est gommé. » (Gilibert, déjà cité, p. 205).

A l'article Pemphigus, dont nous avons déjà parlé (*Dict. encycl. des Sc. Méd.*, p. 419) on peut lire : « ...Le liquide que renferme la bulle est clair, citrin, transparent. G. Simon le compare au sérum du sang. Traité par les acides, l'alcool ou la chaleur, il se trouble par la formation d'un précipité floconneux d'albumine (Wedl). Abandonné dans un vase, il donne naissance, comme le sérum d'un vésicatoire, à un coagulum fibreux, même s'il a été préalablement débarrassé par filtration des éléments cellulaires qu'il tenait en suspension... ; cette coagulation peut d'ailleurs s'effectuer dans la bulle elle-même que subdivise alors un fin réticulum s'élevant du plancher à la voûte par une série d'arcades élégantes et régulières (Renaut).

L'examen microscopique montre l'existence, au sein du liquide, de cellules lymphatiques et de glo-

bules rouges du sang. Celles-ci sont beaucoup plus nombreuses que ne le ferait croire la transparence de la sérosité, mais leur indice de réfraction ne diffère que fort peu de celui du liquide au sein duquel elles sont plongées. Elles sont, en effet, vivantes, et poussent encore des pseudopodes lorsqu'on les examine dans une chambre humide et sur la platine chauffante portée à la température physiologique ; ceux-là, ordinairement beaucoup plus rares, prédominent dans le pemphigus hémorragique où ils donnent aux bulles leur coloration caractéristique. »

Dans nos examens nous avons noté, également un caractère qui nous paraît traduire l'état vivant du liquide que l'on voit dans la bulle : Nous avons révélé la phagocytose par la présence, dans un liquide louche de bulles (Obs. VI) de diplocoques intra-cellulaires.

Dans ce liquide louche de bulles, il nous a été également impossible de découvrir des globules du pus.

Ces lésions guérissent sans laisser de cicatrices (Obs. VII).

Mais si le liquide de la bulle devient purulent, par le parasitisme ou le grattage, des cicatrices peuvent persister, et sont souvent le siège de pigmentations jaunes brunâtres : c'est une véritable mélanodermie, dit Leredde (*Dermatologie*, Hallopeau et Leredde, p. 713).

D'après Ferràri, le liquide des bulles de maladie de Dühring contiendrait, ainsi que le sérum du sang, des « réagines » qu'on mettrait en évidence par application sur la peau ou injection, d'iodure de potassium,

soit dans le derme, les bulles ou les veines. La réaction allergique qui se produirait, permettrait de faire le diagnostic entre la maladie de Dühring et le Pemphigus. Par injection de liquide de bulles à des individus sains ou à des lapins, Lehner, Rajka et Ferrari ensuite, auraient pu effectuer le transport passif de cette hypersensibilité au KI.

(*Il dermosifiligrapho*, 5^e année, N° 8, août 1930, p. 489. Bibliographie. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, févr. 1931, p. 286).

Cytologie

Pour essayer de démontrer combien le signe de Leredde et Perrin est inconstant et d'une valeur relative, nous avons fait des recherches dans le sang et le liquide des bulles de nos trois malades. Leur entrée tardive dans le service de M. le Professeur Nicolas ne nous a pas permis de les répéter.

Nous donnons nos résultats avec nos observations. Le cas le plus intéressant fut celui de notre Observation VI où, dans un liquide de bulle louche, nous trouvâmes 98 à 100 p. 100 de polynucléaires neutrophiles, sans éosinophilie dans le sang ; le nombre des éosinophiles n'atteignit qu'une fois 7,5 p. 100, à notre dernier examen, le 20 novembre 1931. Nous eûmes ce jour-là, l'heureuse surprise de découvrir sur l'un des bords de notre préparation, une zone où se trouvaient de nombreux polynucléaires basophiles que nous reconnûmes fort bien, à leur protoplasma plus sombre

que celui des polynucléaires neutrophiles voisins, et encombré de grosses granulations violet foncé dont certaines chevauchaient les noyaux (Obs. VI).

De même chez nos deux autres malades nous avons constaté chez l'un de 6 à 9 p. 100 d'éosinophiles dans le sang, dans les bulles jamais plus de 20 p. 100.

Chez l'autre, fillette de 13 ans, en train de guérir grâce au traitement par l'autohémothérapie, un seul examen sur une petite bulle ne nous a donné que quelques polynucléaires et cellules épidermiques. Dans le sang 6,5 p. 100 d'éosinophiles (Obs. VII).

Technique de coloration. — Nous avons coloré de la même façon nos étalements sanguins et nos lames de liquide de bulles. Celles-ci s'obtiennent en laissant se dessécher à la température ordinaire une goutte de liquide simplement déposée sur la lame.

Nous employons la méthode de May-Grunwald-Giemsa avec la technique suivante :

On dépose sur la lame, dont l'étalement est bien sec, 10 gouttes de liquide de May-Grünwald (mélange éosine-bleu de méthylène dissout dans l'alcool méthylique pur et absolu).

Laisser agir 2 à 3 minutes à l'abri de l'air.

Ajouter 40 gouttes d'eau distillée neutralisée.

Laisser agir 1 à 2 minutes.

Laver à l'eau distillée.

La lame étant égouttée, mais encore humide, verser à sa surface ou la plonger dans une solution au vingtième, préparée extemporanément, de liquide de Giemsa dans de l'eau distillée neutralisée.

Laisser en contact à l'abri de l'air pendant 10 minutes.

Laver et sécher.

Cette méthode de coloration permet de différencier, plus nettement qu'en employant comme fixateur le liquide de Tribondeau, les différents éléments figurés du sang et du liquide des bulles.

Les recherches de nos maîtres furent démonstratives : Dans un premier cas, qui fit l'objet d'un rapport à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, le 27 janvier 1929, les recherches pratiquées chaque jour pendant une semaine sur le liquide de différentes bulles ne donnèrent jamais d'éosinophilie. Le sang en contenait 3,5 p. 100 (Obs. I).

Un deuxième cas, qui fut publié le 23 mai 1929 (id.) présente 7 p. 100 d'éosinophilie hématique. Et, à la grande surprise de tous, des myélocytes à granulations basophiles. Le liquide de bulle présente de la mononucléose surtout, quelques polynucléaires basophiles, et on ne trouve pas d'éosinophiles.

Ces faits troublants viennent d'être confirmés par M. Diss, de Marseille, dans 2 cas qui ont été rapportés à la Réunion dermatologique de Strasbourg du 9 novembre 1930, et nous ferons une série de recherches pour appuyer la trouvaille que nous fîmes dans le sang du malade de notre Observation VI.

Nous n'avons pas pu résister à l'envie de publier l'Observation V que M. le Professeur agrégé Gaté a mise aimablement à notre disposition. Les recherches et les résultats qui s'y trouvent présentent le plus grand intérêt car ils vont à l'encontre d'idées classiquement admises.

Observations

OBSERVATION I

Un cas de maladie de Dühring-Brocq

par MM. J. NICOLAS et J. ROUSSET

(*Bull. Soc. Fr. Derm. Syph.*, 27 janvier 1929, p. 225)

La malade présentée est atteinte d'une dermatite polymorphe douloureuse de Dühring-Brocq, pour laquelle elle est actuellement en traitement, salle Saint-Agnès, n° 37, à la clinique dermatologique.

Elle est âgée de 67 ans et l'on ne relève rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. C'est la première fois qu'elle présente une affection cutanée. Le début a été brutal et marqué par une éruption bulleuse sur les membres ; elle s'accompagnait d'une sensation intense de prurit et de brûlure.

Actuellement, sur un fond de placards érythémateux sans caractères nets qui, en certains points même, rappellent l'érythème noueux et qui, en d'autres, ont des caractères ortié ou marginé, on note des bulles de dimensions variables, depuis celles d'un pois à celles d'un œuf de pigeon. Toutes ces bulles n'apparaissent pas sur le fond d'érythème, certaines sur l'abdomen, le thorax, sont nettement en peau saine. Mais le maximum de l'éruption est toujours, depuis deux mois, sur les membres.

L'état général est bon, mais la malade souffre beaucoup. Elle se plaint surtout de sensations très pénibles de brûlures sous-cutanées dans le membre inférieur gauche. Sa température est subfébrile.

Nous avons pratiqué la recherche des éosinophiles dans le sang, à peu près tous les deux jours, pendant une quinzaine. La proportion a oscillé autour de 1 à 3 %. Actuellement, la formule leucocytaire est la suivante :

Polynucléaires neutrophiles	78,5 %
Polynucléaires éosinophiles	3,5
Lymphocytes	5
Monocytes	18

Dans le liquide des bulles, la recherche pratiquée chaque jour, pendant une semaine, dans des éléments de tous les âges, ne nous a jamais montré d'éosinophiles, mais seulement des polynucléaires, dont le protoplasma homogène, uniformément coloré, était très largement coloré par l'éosine.

Dans les urines, plusieurs analyses de la quantité émise en vingt-quatre heures, nous a révélé une légère albuminurie. Voilà les résultats de la dernière :

Chlorures : 5,38 %.

Urée : 19,50.

Phosphates : 0,95.

Albumine : 0,15.

Ni sucre, ni sels, ni pigments biliaires.

Coefficient de Maillard : 18,45 %.

Actuellement, l'affection n'a aucune tendance à l'amélioration et chaque jour on trouve à peu près la même quantité de bulles. Il y a très peu de soufre dans leur liquide, alors que le soufre urinaire est notablement augmenté.

OBSERVATION II

Dermatite polymorphe de Dühring-Brocq à forme grave avec présence de myélocytes basophiles dans le sang et de polynucléaires basophiles dans le liquide des bulles.

Par MM. NICOLAS, J. ROUSSET et R. FROMENT

(Bull. Soc. Fr. Derm. Syph., 1929, p. 671,
séance du 23 mai 1929)

La malade que nous présentons était entrée à la clinique dermatologique de l'Antiquaille avec le diagnostic de fièvre aphteuse. Mais, outre ses lésions buccales, elle présentait de très nombreuses ulcérations cutanées pour lesquelles elle avait été dirigée dans le service, l'étiquette de pemphigus ayant été mise sur cette éruption.

Les phénomènes généraux pouvaient peut-être plaider en faveur d'un pemphigus aigu fébrile grave ou tout au moins d'un pemphigus subaigu, ou d'un pemphigus vrai bénin de Brocq, mais en raison de l'histoire de la maladie et de l'aspect des lésions, c'est le diagnostic de dermatite polymorphe douloureuse que nous avons retenu et que l'évolution justifie.

Mme M..., née B..., âgée de 45 ans, exerçant la profession de tisseuse, est entrée à la clinique dermatologique de l'Antiquaille, salle Sainte-Agnès, le 25 avril, pour des ulcérations cutanées et buccales étiquetées par son médecin : pemphigus. Cette affection a débuté il y a trois mois, mais il y a seulement quelques jours que le diagnostic de pemphigus a été porté.

Dans les antécédents héréditaires on note que son père est vivant et bien portant, mais que sa mère est morte à 64 ans d'une maladie de foie (abcès ?)

Dans les antécédents personnels, on relève qu'elle s'est toujours bien portée. Elle a été réglée à 13 ans, régulièrement ; depuis quatre ou cinq mois, elle n'a pas revu ses règles.

Elle a été mariée deux fois. Son premier mari a été tué pendant la guerre. Le second est vivant et bien portant. Elle n'a eu qu'une grossesse. Son enfant, qui est âgé de 7 ans, est en bonne santé.

Elle nie la syphilis. Elle ne boit pas et ne commet aucun excès.

Histoire de l'affection actuelle. — Elle en fait remonter le début à une angine apparue au cours d'un rhume survenu il y a un peu plus de trois mois. A ce moment-là, elle a toussé et craché, elle a eu mal à la gorge, la déglutition était douloureuse et la langue lui faisait mal. Elle dit qu'elle crachait des « peaux » blanches. Elle était constipée. Elle prétend bien qu'elle aurait eu de la fièvre, mais elle n'a pas pris sa température. Malgré ces malaises elle a pu continuer son travail. Sa langue était rouge au centre et blanche sur les côtés.

A la suite de cette angine, elle a remarqué sur les deux membres inférieurs une éruption de plaques érythémateuses, d'un rouge foncé, très prurigineuses et chaudes. Ces plaques étaient plus ou moins régulières avec des bords très nets. Elles disparaissaient comme elles étaient venues, sans jamais s'accompagner de bulles. Bientôt elle constatait leur existence sur les membres supérieurs. Ce qui, d'après la malade, dominait dans cette éruption, c'était le prurit, qui était intense.

Cet état persista pendant trois mois à peu près. Il persistait une sensation pénible de brûlure dans la bouche, accompagnée de dysphagie douloureuse qui empêchait la malade de s'alimenter.

Quinze jours avant son entrée, un élément nouveau apparaît sur les éléments éruptifs. En effet, à ce moment-là, elle constate l'existence de bulles à contenu citrin sur les plaques d'érythème. Celles-ci étaient très prurigineuses jusqu'au moment de l'éruption bulleuse qui atténuait puis faisait disparaître le prurit.

C'est au niveau de la face interne des cuisses que les bulles commencèrent à apparaître. Elles étaient de grosseur variable, certaines avaient le volume d'un œuf de pigeon. Bientôt il s'en

forma dans le dos, puis sur les lèvres, et enfin sur toute la surface cutanée.

A l'entrée dans le service. — Malade très amaigrie, qui souffre beaucoup et ne peut s'alimenter à cause de ses lésions buccales. Température à 39°, pouls rapide.

Elle présente une éruption qui siège sur le tronc, les membres inférieurs, la bouche, le voile du palais, le pharynx, éruption formée d'ulcérations d'étendues variables, à contours irréguliers, confluentes par places qui laissent le derme à nu avec une bordure très rouge. Nulle part on ne trouve de bulles, sauf, peut-être, au niveau du pharynx.

On ne retrouve pas trace des éléments érythémateux signalés antérieurement par la malade.

L'état du sujet reste stationnaire pendant quelques jours.

La stomatite est intense, les lèvres sont fuligineuses, l'alimentation est presque impossible.

Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines et le Bordet-Wassermann est négatif.

L'examen des lames de sang, colorées par la méthode de Romanowsky, donne la formule suivante :

Polynucléaires neutrophiles	69 %
Polynucléaires éosinophiles	7
Polynucléaires basophiles	1
Lymphocytes	8
Monocytes	7
Formes de transition	4
Myélocytes à granulations basophiles....	2
Cellules d'irritation de Türk.....	2

Le 2 mai, on note un état général très mauvais. La malade a une diarrhée profuse ; sa température est à 40°. La stomatite ne rétrocede pas et gêne toujours beaucoup l'alimentation.

Le 7 mai : On constate enfin la formation d'une bulle à contenu citrin qui est apparue en peau saine dans le dos depuis une douzaine d'heures, au maximum. Ce liquide, examiné après coloration par la méthode de Romanowsky,

montre une formule à prédominance très nette de mononucléaires (des grands monos surtout). Il n'y a pas de granulations dans le protoplasma de ces cellules. On ne trouve pas de polynucléaires éosinophiles, mais par contre on en trouve plusieurs à granulations basophiles sur la même lame.

Le surlendemain, on trouve une bulle à contenu louche. La cytologie de son liquide donne la même formule que précédemment, mais les cellules sont très altérées et les protoplasmes ne se colorent plus ou presque plus.

Il y a une grande abondance de microbes banaux.

L'examen des lames de sang prises en même temps que le contenu de bulles montre toujours des myélocytes à granulations basophiles (2 à 3 %).

L'état de la malade est toujours le même, la diarrhée diminue pourtant, la température est à 38°.

Le 15 mai : Une numération globulaire donne les chiffres suivants :

Globules rouges : 2.200.000.

Globules blancs : 12.000.

Il n'est pas apparu de nouvelle bulles, sauf au niveau des fesses, qui sont le siège de vastes ulcérations.

Actuellement, la malade ne présente toujours pas de nouvelles bulles, sa stomatite a légèrement diminué, mais son état reste précaire.

Cette malade nous a semblé intéressante à présenter à cause du début de son éruption, par un érythème urticarien très prurigineux, qui a été suivi par l'apparition de bulles, d'abord sous forme d'hydroa buccal, qui se développent ensuite sur la peau : d'abord sur l'érythème, ensuite en peau saine.

L'état actuel de la malade n'est pas encore très bon, bien qu'il se soit progressivement amélioré, mais il permet néanmoins d'éliminer tout autre diagnostic, parmi les dermatoses bulleuses, que celui de dermatite polymorphe douloureuse, à forme particulièrement grave.

Nous retiendrons également quelques particularités propres à ce cas : c'est d'abord la présence de myélocytes à granula-

tions basophiles dans le sang, et ensuite la présence dans le liquide de bulles de polynucléaires à granulations également basophiles.

Il est évidemment impossible de dire si ces derniers proviennent de l'évolution des premiers. Il nous a semblé, d'après nos recherches bibliographiques, que l'attention des auteurs n'avait pas été retenue par des faits de ce genre, dont la signification nous échappe évidemment.

M. Nicolas. — Cette observation présente un double intérêt. Tout d'abord au point de vue diagnostique, on pouvait se demander à quelle maladie on avait affaire. Le pemphigus aigu fébrile grave pouvait être facilement éliminé. Quant au pemphigus subaigu bénin de Brocq on pouvait également le rejeter en raison des lésions érythémateuses et des formations bulleuses laissant après elle des reliquats pigmentaires.

Les autres éruptions bulleuses pouvaient également être éliminées.

En définitive, nous nous sommes ralliés à l'idée d'une maladie de Dühring, dont nous observerions ici la première poussée bulleuse. D'autre part, ce cas a permis de mettre en évidence toute une série de détails assez particuliers que vient de vous exposer M. Rousset.

M. Gaté. — J'aurais voulu vous présenter aujourd'hui un malade actuellement hospitalisé dans mon service et qui présente un tableau clinique à peu près superposable. Il s'agit d'un homme qui, en février dernier, à la suite de quelques macules emphysémateuses apparues sur l'abdomen, a vu se manifester des bulles en assez grand nombre. Depuis, il s'est produit des poussées bulleuses subintrantes avec sensation de picotements avant l'apparition des bulles, puis de brûlures après leur ouverture. Actuellement, le corps de ce malade n'est plus qu'une vaste plaie avec des zones de peau saine extrêmement réduites ; des bulles apparaissent encore de temps à autre.

Les muqueuses sont intactes, à l'exception des conjonctives, le sujet présentant des lésions, à ce niveau, qui l'empêchent à peu près complètement d'ouvrir les yeux. La température oscille entre 38° et 39°. L'état général est cependant assez bien conservé.

Nous avons pu éliminer les différentes variétés de pemphigus ainsi que les iodurides et les bromurides ; nous nous sommes ralliés au diagnostic de maladie de Dühring.

M. Nicolas. — Dans notre cas, il s'agissait d'une maladie de Dühring certaine.

M. Pillon. — Je demanderai à M. Nicolas quel traitement il a l'intention d'appliquer à sa malade et s'il se propose de faire du novarsénobenzol ?

M. Nicolas. — Nous allons essayer l'hyposulfite de soude par voie intraveineuse.

M. Pillon. — A propos de l'efficacité assez fréquente du Novarsénobenzol dans la maladie de Dühring, je rappellerai à M. Nicolas un malade qu'il connaît et qui, ayant refusé les injections intraveineuses de novarsénobenzol, fut soumis avec succès à des suppositoires novarsénobenzoliques.

M. Gaté. — Dans l'impossibilité où nous sommes, chez le malade dont je viens de parler, d'utiliser la voie intraveineuse, nous avons dû renoncer à la thérapeutique novarsénobenzolique aussi bien qu'à l'autohémothérapie et nous essayons les injections d'acétylarsan. La suggestion de M. Pillon mérite d'être retenue et si la thérapeutique que nous essayons se montre inefficace, nous utiliserons les suppositoires de novarsénobenzol.

OBSERVATIONS III et IV

Sur la présence de polynucléaires à granulations basophiles dans les bulles de la maladie de Dühring-Brocq.

Par M. A. DISS (Marseille).

Alors que la présence de polynucléaires à granulations éosinophiles dans le liquide des bulles de la dermatite polymorphe douloureuse est une notion classique, l'existence de polynucléaires basophiles dans les bulles n'a été signalée jusqu'à présent que dans un cas publié par MM. Nicolas, Rousset et Froment, à la Réunion dermatologique du 23 mai 1929.

Ce malade présentait dans le liquide des bulles des mononucléaires et plusieurs polynucléaires à granulations basophiles, mais pas d'éosinophiles. Le sang du malade contenait 7 % de polynucléaires éosinophiles, 1 % de polynucléaires basophiles et 2 % de myélocytes à granulations basophiles.

Récemment, nous avons pu voir deux cas de maladie de Dühring-Brocq et à notre grande surprise, nous avons trouvé un pourcentage important de polynucléaires basophiles dans les bulles.

Premier cas. — Jeune femme de 21 ans, d'origine autrichienne, sans aucun antécédent pathologique.

Un enfant de 4 ans, bien portant. Menstruations régulières, non douloureuses depuis l'âge de 13 ans.

Depuis trois semaines, la malade présente une éruption cutanée, accompagnée de sensation de cuisson très forte qui empêche la malade de dormir.

En examinant la malade, nous constatons sur les épaules et les flancs des papules de couleur rose clair, légèrement saillantes, œdémateuses, de forme arrondie ou ovale de 1/2 à 1 centimètre de diamètre. En outre, elle présente sur la poitrine et sur le dos des plaques ortiées de couleur rouge bistre

à contours irréguliers, circinés, mais moins nets que ceux d'un p'acard d'urticaire.

Sur l'épaule droite, on trouve une bulle à toit tendu, du volume d'un petit pois, à contenu limpide, reposant sur une base érythémateuse.

Les lésions les plus importantes siègent au niveau des jambes.

Sur la jambe droite, à la face postéro-externe du mollet, on trouve, à environ 6 centimètres au-dessus de la malléole, un placard érythémateux, légèrement saillant, sur lequel se sont développé deux bulles, l'une de la grosseur d'un pois, l'autre atteignant le volume d'une noisette. Leur toit est tendu, leur contenu clair, légèrement citrin.

Au-dessous du genou droit, sur la face extérieure de la jambe droite, se trouve un placard érythémateux, à peine œdémateux, à contours irréguliers.

Le dos du pied droit présente un placard érythémateux à contours très irréguliers, peu nets, mesurant environ 6-8 centimètres. A sa surface, on constate plusieurs érosions arrondies, au bord desquelles on voit encore de petites collerettes épidermiques qui correspondent aux vestiges de bulles crevées.

La jambe gauche présente des lésions très discrètes : une bulle de la grosseur d'un pois, reposant sur une base à peine érythémateuse, siégeant sur la face antéro-externe de la jambe, à un travers de main au-dessous de la rotule, et un placard érythémateux à contours arrondis de 4 centimètres de diamètre, au-dessus de la malléole externe. On a l'impression qu'au centre de cette plaque se prépare un décollement phlycténoïde.

Les muqueuses ne présentent aucune lésion.

L'état général est excellent, malgré les douleurs et l'insomnie dont la malade souffre depuis trois semaines.

Les phénomènes douloureux : brûlure, cuisson et démangeaison précèdent de deux ou trois jours l'apparition des élé-

ments éruptifs et persistent, mais avec des variations souvent importantes d'intensité et de qualité.

L'examen du sang, pratiqué le 4 juillet, donne les résultats suivants :

Globules rouges	4.200.000
Globules blancs.....	7.600
Hémoglobine	85 0/0
Polynucléaires neutrophiles	62 0/0
— éosinophiles	6 0/0
— basophiles	3 0/0
Lymphocytes	26 0/0
Monocytes	3 0/0

Le liquide d'une bulle contient :

Polynucléaires neutrophiles	4 0/0
— éosinophiles	30 0/0
— basophiles	16 0/0
Lymphocytes	45 0/0
Monocytes	5 0/0

Pas de microbes à l'examen direct. Comme traitement, nous faisons percer les bulles et appliquer sur les érosions la pommade suivante :

Nitrate d'argent	1,0
Baume du Pérou	10,0
Lanoline } Vaseline }	ââ q. s. pour 100,0

qui épidermise très rapidement les lésions. En outre, nous pratiquons des injections hebdomadaires de novarsénobenzol : 5 juillet, 0,15 ; 12 juillet, 0, 30 ; 17 juillet, 0,30 ; 25 juillet 0,45. Lors de la seconde piqûre, le 12 juillet, nous constatons une nouvelle bulle sous le sein droit. La malade quitte Marseille début août, toutes les lésions étant guéries,

Deuxième cas. — Homme de 37 ans, dans les antécédents duquel nous ne relevons que des angines très fréquentes.

La maladie actuelle a débuté il y a 5 ans, par l'apparition de bulles transparentes, à contenu limpide et à toit tendu. Cette éruption occupait le dos des deux pieds et le quart inférieur des deux jambes ; elle ne guérit jamais complètement, mais était toujours plus grave en été.

Les mains furent également atteintes, mais ici les lésions guérissaient complètement pour réapparaître après un certain temps.

Il y a 3 ans, le malade présenta une poussée au niveau des fesses, qui dura environ 3 mois.

Il n'y a jamais eu de lésions au niveau des muqueuses.

La plante des pieds a toujours été respectée.

L'éruption est toujours précédée et accompagnée de démangeaison et de sensation de brûlure à tel point que depuis un mois le malade a recours à de fortes doses de bromure, d'ailleurs sans aucun résultat.

Le malade se présente chez nous le 15 octobre.

Il s'agit d'un homme en bon état général, chez lequel nous notons une légère exophtalmie, mais sans tachycardie ni tremblements.

Les lésions cutanées occupent symétriquement le tiers inférieur des jambes et le dos des pieds.

Le bord supérieur de la lésion, absolument rectiligne, est constitué par un semis de petites pustulettes miliaires folliculaires qui forment un manchon autour de la jambe. Ces lésions sont indiscutablement dues aux pansements humides appliqués continuellement depuis trois semaines sur les jambes : les limites supérieures des lésions correspondent exactement aux bords supérieurs des pansements.

Au-dessous de cette zone pustuleuse, large d'environ 4 centimètres, l'aspect de la lésion est tout à fait différent. La par-

tie antérieure des deux jambes et le dos des pieds présentent une nappe érosive presque continue, recouverte de croûtes impétigineuses.

Les parties postérieures et latérales des deux jambes présentent également des érosions, mais non confluentes, séparées entre elles par un épiderme érythémateux.

Nous pensâmes d'abord à des lésions de dysidrose avec infection secondaire, d'autant plus que le malade présentait, entre les orteils des peaux blanches épaisses, macérées, caractéristiques pour une épidermo-mycose interdigitale.

Nous commençâmes par débarrasser les lésions des croûtes en faisant faire des pansements humides au sulfate de zinc isotonique, les lésions pustuleuses formant le rebord supérieur de la lésion ayant été préalablement ouvertes et cautérisées au nitrate d'argent.

Les lésions une fois décapées, nous constatâmes que les érosions ne provenaient pas de la rupture des vésicules dysidrosiques, et assistâmes à la formation de grandes bulles à toit tendu, bombé, à contenu d'abord limpide, devenant ensuite rapidement trouble. Leur volume atteignait celui d'une grosse noisette. Ces bulles se formaient sur un épiderme érythémateux nettement œdématié.

Les recherches de mycélium dans le toit des bulles sont restées négatives.

Malgré ces constatations troublantes, nous n'aurions pas osé éliminer complètement le diagnostic de dysidrose, lorsque apparut sur la fesse gauche, à 3 centimètres du pli interfessier, un placard ortié sur lequel se développèrent rapidement deux bulles de la grosseur d'un pois. Il est à noter que le pli interfessier ne présentait aucune lésion.

Cette constatation orienta notre diagnostic vers la maladie de Dühring-Brocq et nous pratiquâmes un examen de sang qui nous donna le résultat suivant :

Polynucléaires neutrophiles	62,5	0/0
— éosinophiles	6,25	0/0
— basophiles	1,50	0/0
Lymphocytes	26,25	0/0
Monocytes	3,5	0/0
Bordet-Wassermann et Hecht négatifs.		

Le liquide des bulles contenait :

Polynucléaires neutrophiles	36	0/0
— éosinophiles	21	0/0
— basophiles	22	0/0
Lymphocytes	17	0/0
Monocytes	4	0/0

Pas de microbes à l'examen direct. L'application de la pommade au nitrate d'argent, baume du Pérou, amena l'épidermisation rapide des lésions, mais les phénomènes subjectifs persistent.

Le malade ne voulant pas accepter un traitement au novarsénobenzol intra-veineux, nous avons institué un traitement au quinio-stovarsol, cette préparation associant les deux médicaments que l'on considère actuellement comme les plus efficaces dans la maladie de Dühring-Brocq.

Si la première observation ne présente, au point de vue clinique, rien de particulier, le second cas nous paraît intéressant à cause du problème diagnostic qu'il comportait.

Mais nous voudrions surtout attirer l'attention sur l'action vraiment remarquable de la pommade au nitrate d'argent, baume du Pérou, et sur la grande quantité de polynucléaires à granulations basophiles contenus dans les bulles.

Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.
Réunion dermatologique de Strasbourg. — Séance du 9 novembre 1930.

OBSERVATION V

Modifications humorales dans la maladie de Dühring

Par J. GATÉ, H. THIERS et P. MICHEL

Nous apportons, à titre documentaire, les résultats de nos recherches dans un cas de maladie de Dühring, à forme végétante, évoluant depuis 8 mois, sans complications, et en particulier sans albuminurie ni cylindrurie.

Il est difficile de porter des conclusions fermes en se basant sur un seul examen. Cependant nous avons trouvé dans ce cas des modifications importantes de l'équilibre physico-chimique, qui valent la peine d'être soulignées.

1° Il existe une *hypoprotéïnémie* importante : 7 gr. de N protéique au lieu de 10-12 gr. En plus, l'abaissement de la tension osmotique des protéines indique une perturbation du rapport sérine globuline avec augmentation relative des globulines. Notre malade n'avait pas d'œdèmes, mais on sait que ces derniers sont fréquents dans la maladie de Dühring : notre observation rend très vraisemblable qu'ils sont liés non à un facteur rénal, mais à l'inversion du rapport sérine globuline qui règle, comme l'a montré Govaerts, la pression osmotique des protéines. Par contre, l'azote non protéique semble quantitativement normal.

2° Alors que certains auteurs admettent qu'une rétention chlorée est la règle dans la maladie qui nous occupe, nos recherches montrent qu'elle est loin d'être constante. Cependant, il existe un trouble de l'équilibre chloré démontré par ce fait que les hématies ne contiennent pas suffisamment de Cl. par rapport au plasma : avec un chiffre de 3,656 dans le plasma, on devrait, en effet, trouver dans les hématies 1,8 de Cl au lieu de 1,4. De ce fait, le rapport chloré érythroplasmatique est de 2,59 au lieu de 2,00. Ainsi, l'image sanguine, bien loin d'être

une image de rétention, est une image exactement inverse, s'il est vrai que la caractéristique de la rétention chlorée est la surcharge chlorée globulaire.

Cl	{	Plasma.....	3,656
		Sang total.....	2,573
		Hématies	1,410
		Rapport érythroplasmatique	2,59
		Azote protéique	7,445
		Azote non protéique.....	0,204
		Urée	0,12
		Acide urique	0,023
		Acide formoltitrable	0,007
		Sérum lactescent ; teneur en cholestérine....	2,50
		Réserve alcaline	47,10
		Pression osmotique des protéines.....	25

3° Il existe un trouble important du métabolisme des lipoides, démontré par la lactescence du sérum et l'hypercholestérinémie.

4° Enfin on note de l'acidose démontrée par l'abaissement de la réserve alcaline. Mais il est difficile d'en préciser la cause: il ne s'agit ni d'une cétoacidose, ni d'une chloroacidose. Le rein, en l'absence d'albuminurie et de cylindrurie, ne peut être mis en cause. Une hypothèse reste possible : la maladie de Dühring s'accompagnant parfois de phénomènes de la série anaphylactique, cette atteinte de la réserve alcaline est peut-être liée à ces derniers ; on sait, en effet, qu'au cours des accidents sériques et anaphylactiques, on note habituellement de l'acidose. Peut-être aussi cette acidose a-t-elle une valeur pronostique fâcheuse ; l'état de notre malade est grave et l'exitus peut être redouté.

Société de Biologie de Lyon.

Séance du 8 juillet 1929.

OBSERVATION VI

(Personnelle.)

M. M... François, 54 ans, retraité des P. T. T. Marié, sans enfant.

Antécédents personnels : Aurait eu une fièvre typhoïde en bas âge.

Rhumatisme articulaire aigu en 3 périodes : au régiment, à 27 ans, à 39 ans, chacune le clouant trois mois au lit. Au cours de chacune de ces crises rhumatismales, il présenta une éruption de vésicules grosses comme la tête d'une épingle et se crevant au moindre contact.

Les crises cédèrent au traitement salicylé. Pour chacune d'elles il prit une convalescence de deux à trois mois. Actuellement, il souffre de temps à autre au niveau des articulations des pieds.

Grippe espagnole en 1918, à la suite de laquelle il présente une bronchite chronique avec emphysème.

N'a jamais vu de médecins en dehors de ces affections.

Il nie tout antécédent spécifique.

Antécédents héréditaires et collatéraux : Père décédé à l'âge de 77 ans, d'une attaque.

Mère morte à 81 ans, souffrait parfois de rhumatisme fruste.

Trois frères en bonne santé n'ayant jamais présenté d'affection rhumatismale.

Une sœur décédée à la suite d'un empoisonnement.

Histoire de la maladie. — Le malade entre dans le service de M. le Professeur Nicolas, le 16 novembre 1931.

La maladie aurait débuté 40 jours auparavant par l'apparition de petits boutons que le malade considérait comme étant des furoncles et qu'il soigna avec de l'eau oxygénée et par des frictions soufrées.

Ces boutons, apparus sur les avant-bras, y restèrent localisés durant quinze jours. A la suite de l'absorption d'un dépuratif, les lésions s'étendent aux bras, au dos, à la tête, aux hanches (fesse droite), dans les aînes et sur l'abdomen,

Ces lésions furent accompagnées de démangeaisons très douloureuses, siégeant surtout aux poignets et précédant l'apparition de bulles qui sont actuellement très nombreuses.

Le malade présente une adiposité marquée (il pèse 103 kgs). Bon état général.

Il a remarqué que l'évolution se produit par poussées successives et sous forme de traînées. Il sent très bien par le déplacement de la zone des démangeaisons le sens de progression des lésions et il insiste de façon pressante sur cette sensation de marche de la maladie. C'est ainsi que l'éruption ayant commencé au niveau de l'aîne gauche, s'est propagée vers l'aîne droite sur une ligne horizontale passant à 4 cm. au-dessus de la symphyse. De même, au menton de l'angle sous-maxillaire gauche à l'angle sous-maxillaire droit et sur le cou où l'éruption affecte la forme d'un collier. Ainsi l'éruption prend définitivement un caractère symétrique modifié cependant par le grattage. Pareillement, à la nuque, les bulles se développent sur une bande de 1,5 à 2 centimètres de largeur, réunissant les deux mastoïdes.

A l'examen, le malade présente, disséminés sur le corps, des placards à éléments de divers âges constitués par :

- des bulles à liquide clair, citrin, en peau saine,
- des bulles à liquide louche, toutes sur base érythémateuse,
- des plaies à vif dues à la confluence de bulles,
- des croûtes siégeant à la place de bulles déjà desséchées,
- des plaques légèrement rosées, traces d'anciennes bulles.

Parfois des bulles poussent au-dessous des croûtes sur le point de tomber. Ces croûtes ont un aspect caractéristique : lorsqu'on les décolle, au lieu d'avoir une masse épaisse pénétrant dans le derme où elles déterminent une logette, ces croûtes présentent une concavité interne qui leur donne l'apparence de « verre de montre ».

La paume des mains est indemne ainsi que la plante des pieds.

La face dorsale des mains présente des lésions en voie de cicatrisation disséminées sur tous les doigts et dans les espa-

ces interdigitaux (4° et 5° à gauche). Ces lésions se retrouvent sur les avant-bras, les bras, les épaules, le cou, la tête et dans les cheveux, la face, au niveau du front et au bas des joues. Le côté droit porte en arrière de la région de l'aisselle de gros placards confluents et les lésions descendent jusqu'à l'aîne où elles présentent leur maximum de rougeur de la peau. C'est à ce niveau que les bulles renferment le liquide le plus louche.

On trouve des placards sur toute la région dorsale supérieure (d'une fosse sus-scapulaire à l'autre), sur les fesses, sur les jambes. Quelques bulles sont disséminées sur la poitrine et l'abdomen.

Le 16 novembre 1931, la réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang.

1° Le liquide louche des bulles nous montre :

Polynucléaires neutrophiles	98 0/0
Mononucléaires	2 0/0

Il nous faut signaler la présence de diplocoques intra-cellulaires.

Polynucléaires neutrophiles	62 %
Polynucléaires basophiles	0
Polynucléaires éosinophiles	7
Lymphocytes	12
Grands et moyens mononucléaires...	19
Grands et moyens mononucléaires.	

3° Sang (17 novembre 1931) 4 examens successifs ont donné:

	Moyennes				
Poly. neutro.....	87	86	72	78	80.75
» baso					
» éosino	6	6	2	4	4.5
Lymphos	1	1	7	1	2.5
Monos.....	6	7	19	17	12.5

4° Sang (20 novembre 1931)

Une numération a donné sur 66 éléments : 23 Poly. neutro., 21 Poly. baso., 5 Poly. éosino., 4 Lymphos, 13 Monos.

5° Résistance globulaire. H, = 5,2.

OBSERVATION VII

(Personnelle.)

G... Madeleine, 13 ans.

Antécédents héréditaires et collatéraux : Père et mère en bonne santé.

Antécédents personnels : Rien à signaler.

Histoire de la maladie : L'affection a débuté à la suite d'un coryza qui lui a procuré un petit bouton sous le nez, remarqué vers le 25 septembre 1931.

Ce bouton s'est d'abord étendu, puis a guéri. D'autres apparurent autour des yeux, sur le front et le menton où ils prirent une très grande extension.

Ces boutons étaient des vésicules qui devenaient des bulles de la grosseur d'une lentille à celle d'une noisette, sur une base rose vif. Certaines de ces bulles contenaient un liquide clair, d'autres un liquide purulent et d'autres enfin contenaient un liquide hématique et saignaient quand on les arrachait.

Les mains ont été atteintes en même temps avec des phases de guérison apparente qui étaient suivies de poussées bulleuses aussi importantes sur les avant-bras et les bras.

Le cou eut quelques bulles, les épaules présentèrent des bulles disposées symétriquement au niveau de la région sus-scapulaire.

Les pieds furent atteints : une bulle à chaque talon. La plante était très douloureuse.

Dans le pli interfessier et sur les fesses, cinq ou six grosses bulles apparurent et disparurent rapidement.

Chaque poussée donnait des accès de fièvre avec température à 38°9, précédés de démangeaisons très vives qui apparaissaient au moment du lever et pendant la journée.

Les mains présentent des surfaces érosives avec des cicatrices très rouges jusqu'aux poignets. Toute la région dorsale des doigts, sauf les extrémités et le pouce droit, a été at-

teinte. Le pouce gauche présente une cicatrice de bulle à la face palmaire.

La paume droite présente une énorme plaie non suintante, circulaire, de 3 centimètres de côté, située sur l'éminence hypothénar. Une autre plaie sur le bord externe mesure 2 centimètres de côté. La main droite présente des lésions évolutives sur le bord interne, l'éminence thénar et la base de l'index.

La face dorsale et la paume furent lésées en même temps. Sur la face dorsale et à la paume de la main droite, une bulle atteignit le volume d'une noix.

Un médecin traita l'affection peu de jours après le début par une pommade à l'oxyde de zinc et des lavages à l'eau d'Alibour. Il ordonna un dépuratif.

Au milieu d'octobre, on change le traitement qui est remplacé par une pommade à l'oxyde jaune (Inotyol) ; des pansements humides sont préconisés pour faire tomber les croûtes. On prescrit aussi des lavages à la camomille.

Le 19 novembre, l'affection ayant résisté au traitement institué, la malade est amenée à l'Antiquaille.

L'état général est bon, l'appétit est conservé.

Le premier jour on fait de l'autohémothérapie que l'on répète tous les deux jours (10 cc. de sang en injection intramusculaire).

Localement on nettoie la peau avec de l'huile et on recouvre les lésions avec la pommade suivante :

Oxyde de zinc	{	aa	1 gr.
Oxyde jaune de mercure			
Vaseline			80 gr.
Lanoline			20 gr.

Au bout de 9 jours de traitement, les lésions se sont bien améliorées. Les bulles très grosses du visage ont disparu, ainsi que celles des avant-bras, des bras, des épaules, des fesses et des pieds. Il persiste de légères cicatrices rosées où le système pileux s'est reconstitué.

Quelques croûtes persistent sur la face postérieure des coudes et deux croûtes sont symétriquement disposées sur les épaules. Dans la région supéro-externe de l'épaule gauche, on trouve autour de la croûte deux petites vésicules.

Examens de Laboratoire :

1° Eosinophilie sanguine : 6,5 %.

2° Liquide de bulles : quelques polynucléaires neutrophiles;

3° Résistance globulaire : $H_1 = 5,4$

Conclusions

I. — La dermatite douloureuse polymorphe de Dühring-Brocq atteint tous les âges et tous les milieux. Malgré sa bénignité apparente, c'est une affection grave tant par sa chronicité et par les souffrances qu'elle occasionne que par l'interruption qu'elle impose à la vie sociale.

II. — On a voulu la caractériser par la coexistence d'éosinophiles dans le sang et le liquide des bulles. Les recherches des auteurs lyonnais après Hallopeau, Lams et Constantin, rejettent cette façon de voir.

III. — L'éosinophilie, en effet, est inconstante, soit dans le sang et dans le liquide des bulles (MM. Nicolas, Rousset et R. Froment, Diss, observation personnelle), soit dans l'épaisseur de l'épiderme où se développe la bulle ou dans le derme sous-jacent (M. Massia).

IV. — Il existe souvent de la polynéutrophilie et de la polybasophilie à l'exclusion de l'éosinophilie.

V. — Il existerait dans le liquide des bulles et dans le sang des individus atteints de maladie de Dühring-Brocq des « réagines » qui les sensibiliseraient à l'iode de potassium.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
NICOLAS

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 19 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

- AUDRY, DURAND et NICOLAS. — *Traité des maladies cutanées et vénériennes.* .
- BROCQ. — *Cliniques dermatologiques*, 1924-1925. Dermatitis polymorphes.
- CARLE MONTAGNARD. — De l'éosinophilie dans la dermatose de Dühring (*Lyon Médical*, 1901, p. 389).
- CONSTANTIN (E.). — Pemphigus végétant et dermatite polymorphe (*Ann. dermat. et syph.*, 1907, 4^e série, t. VIII, p. 641).
- DARIER. — *Précis de dermatologie*, 4^e éd., 1928.
- Examen histologique d'un cas de dermatite herpétiforme, dans la variété pustuleuse et végétante (*Soc. fr. dermat.*, 1891, p. 444).
- DISS (A.). — Sur la présence de polynucléaires à granulations basophiles dans les bulles de la maladie de Dühring-Brocq (*Bull. Soc. dermat. et syph.*, R. S., Séance du 9 novembre 1930 p. 1238).
- DUBREUILH (W.). — *Précis de dermatologie*.
- DÜHRING (Louis). — *Traité pratique des maladies de la peau*.
- GATÉ. — *Dermatologie*.
- GATÉ et P. MICHEL. — Dermatite bulleuse généralisée ayant évolué par poussées et ayant pris secondairement un caractère végétant. Forme végétante probable de la maladie de Dühring-Brocq (*Bull. Soc. fr. dermat. et syph.*, réunion de Lyon, séance du 20 juin 1929. p. 722).

- GATÉ, THIERS et MICHEL. — Modifications humorales dans la la maladie de Dühring-Brocq (*Bull. Soc. Biol. Lyon*, Séance du 8 juillet 1929, p. 1146).
- GAUCHER (E.). — *Leçons sur les maladies de la peau*, 1905.
- GAUCHER et HILLAIRET. — *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 1885.
- GILIBERT (Stanislas). — *Monographie du pemphigus ou Traité de la maladie vésiculaire*, 1813.
- HALLOPEAU et LEREDDE. — *Traité pratique de Dermatologie*.
- JAMES MAC FARLIAN WINFIELD. — Pemphigus végétant (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1907, t. XXV, p. 16).
- KAPOSI MORITZ. — *Leçons sur les maladies de peau*, 2^e éd., 1891.
- LAMS. — Valeur de l'éosinophilie au point de vue du diagnostic en dermatologie (*Revue de Médecine*, 10 mai et 10 juin 1907, p. 438 et 576).
- LELOIR et VIDAL. — *Traité descriptif des maladies de la peau*, 1889, accompagné d'un Atlas.
- LELOIR. — *Bulletins de la Société anatomique* (4 avril 1884).
- LEREDDE et PERRIN. — Anat. path. de l'herpes gestationis et de la dermatite herpétiforme (*Soc. Fr. D.*, 1895).
- LEREDDE.* — *Classification pathogénique des dermatoses*, 1896.
- Nouvelle note sur les caractères anatomiques de la maladie de Dühring.
- La dermatose de Dühring (*Gazette des Hôpitaux*, 1898).
- Dermatite de Dühring (*Soc. Fr. Derm.*, 1899). °
- LIGOUZAT. — Les cellules éosinophiles (*Thèse*, Lyon, 1894).
- METCHNIKOFF. — *L'inflammation*, 1891.
- NEUMANN. — *Atlas der Hautkrankheiten*, 1890.

- NICOLAS (J.) et J. ROUSSET. — Un cas de maladie de Dühring-Brocq (*Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.*, R. L. Séance du 27 janvier 1929, p. 225).
- NICOLAS (J.), J. ROUSSET et R. FROMENT. — Dermatite polymorphe de Dühring-Brocq à forme grave, avec présence de myélocytes basophiles dans le sang et de polynucléaires basophiles dans le liquide des bulles. (*Bull. Soc. Fr. D. S.*, R. L., 23 mai 1929, p. 671).
- RIEUX (J.). — *Précis d'hématologie et de cytologie*, 1911.
— *Précis d'hématologie*, 2^e éd.
- SABOURAUD. — *Les maladies suppuratoires et exsudatives*.
- SABRAZES. — Pemphigus. Observations cliniques et recherches de laboratoire (*Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, n° 38, 16 septembre 1928, p. 594).
- SABRAZES et TORLAIS. — Pemphigus. Observations cliniques et recherches de laboratoire. (*Gaz. Hebd.* du 23 sept. 1928).
- SOUMAIRE (Pierre). — Contribution à l'étude de l'éosinophilie dans la maladie de Dühring et dans certaines autres dermatoses (*Thèse Lyon*, 1901, n° 179).
-

